Departmento de Salud de Texas

Suplemento para la Hoja de Información sobre la Vacuna contra la Varicela también conocida como la "viruela loca"

1. Estoy de acuerdo en que la persona nombrada abajo reciba la vacuna marcada.
2. He recibido o se me ha ofrecido copia de la hoja con la información sobre esta vacuna (VIS).
3. Conozco los riesgos de la enfermedad que esta vacuna previene.
4. Conozco los beneficios y los riesgos de esta vacuna.
5. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad, la vacuna, y cómo se da la vacuna.
6. Sé que a la persona nombrada abajo se le va a dar una vacuna para prevenir una enfermedad infecciosa.
7. Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada abajo. Por mi propia voluntad firmo y doy permiso para que le den esta vacuna.

Vacuna que se va a dar: ☐ Varicela

Información sobre la persona que va a recibir la vacuna (por favor, en imprenta)

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento	Edad

Dirección	Ciudad	Condado	Estado	Zip
			TX	

Firma de la persona que va a ser vacunada o la persona autorizada a solicitar la vacuna (padre o tutor legal):

X _____Fecha_____

_____Fecha_____
Testigo

Para uso de la clinica o de la officina
Clinic/Office Address:

_____
Date Vaccine Administered:

_____
Vaccine Manufacturer:

_____
Vaccine Lot Number:

_____
Site of Injection:

_____
Signature of Vaccine Administrator:

_____
Title of Vaccine Administrator:

Texas Department of Health
C-97A (2/99)

CDC VIS Revision (12/16/98)

CONSENTIMIENTO PARA ImmTrac, EL REGISTRO DE VACUNAS DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE TEXAS

1. Autorizo que la información demográfica y el récord de inmunizaciones de mi hijo/hija se pongan en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas.
2. Autorizo al Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas para que disemine cualquier información pasada, presente, y futura sobre las inmunizaciones de mi hijo/hija a mí o a cualquiera de las siguientes personas o agencias:
   - A) distrito de salud pública
   - B) departamento de salud local
   - C) médico del niño/niña
   - D) escuela en que está inscrito el niño/niña
   - E) guardería en que está inscrito el niño/niña
3. Entiendo que puedo retirar mi autorización para poner la información sobre mi hijo/hija en el registro de inmunizaciones, y que puedo retirar mi autorización para diseminar información del registro en cualquier momento escribiendo al Texas Department of Health, Immunization Registry, 1100 W. 49th Street, Austin, Texas, 78756.

☐ **Sí. Ponga la información de mi hijo/hija en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas.**

☐ **No. No ponga la información de mi hijo/hija en el Registro de Inmunizaciones del Departamento de Salud de Texas.**

_____ _____
Firma del padre, madre, o tutor legal Fecha

Instructions: Store the parental consent statement in the patient's chart.